

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**
**Nom et prénom :**

RAOUZ AHMED

**Matricule :**

3081

**N° CIN :**
 SH5466

**Adresse :**
**Bénéficiaire de soins :**
 Adhérent
  Conjoint
  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**
**Je soussigne :**
**Spécialité :**
**N° ICE :**
**N° INPE :**
**Certifie que Mlle, Mme, M. :**
**Nécessitant un traitement d'une durée :**
 < 3 mois
  Entre 3 et 6 mois

 A vie

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

Dr.

**Dont ci-joint ordonnance :**
**Traitements prescrit :**

Humalog 7ml x 50

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**
**Fait à :**

Casab

le

04/05/2023

**Cachet et signature du médecin traitant :**

 DR. JABRI YOUSSEF  
 Spécialiste en Médecine Interne et  
 Diabétologie  
 Rés. Sidi Abdellah  
 Bd. El Oued Al Jadid - Casablanca  
 Tel : 05 22 50 66 05  
 INPE : 091166082

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées